MAR 29 1921

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Korsakow'scher Symptomenkomplex nach Kopftrauma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Lampe,

Oberarzt der Reserve, aus Mettingen.

Kiel 1918.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Korsakow'scher Symptomenkomplex nach Kopftrauma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Lampe,

Oberarzt der Reserve, aus Mettingen.

Kiel 1918.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 59.

Rektoratsjahr 1917/18.

Ref.: Geheimrat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. **Spee,**

z. Z. Dekan.

Meinen Eltern!

Die von alters her bekannte Tatsache, daß Kopftraumen oft Geistestörungen im Gefolge haben, ist erst seit etwa 70 Jahren Gegenstand eingehender wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Angeregt durch die Unfallversicherung ist die Frage dann weiterhin viel diskutiert worden, ohne daß bis heute völlige Übereinstimmung in allen Punkten erzielt worden wäre.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Geistesstörungen nach Kopftrauma hat man Berechnungen in zwei Richtungen angestellt. Zunächst hat man festgestellt, bei wievielen Geisteskrankheiten überhaupt eine Kopfverletzung als wahrscheinliche Ursache angenommen werden kann. Nach Schröder hat Schlager 1857 10% gefunden, werden neuerdings aber viel geringere Werte angegeben (Stolper 1896 etwa 2½%). Dann hat man festzustellen gesucht, wie oft sich an Kopfverletzungen Geisteskrankheiten anschließen. Da hat (nach Schröder) z. B. Stolper nach Kopfverletzungen überhaupt 1,2%, nach schweren Kopfverletzungen 8% festgestellt. Wagner fand 3%. Nach Schröder ist diesen Zahlen wenig Verwertbares zu entnehmen, da erstens das Material zu verschiedenartig ist, weiterhin die Ansichten der Autoren, was als Geisteskrankheit, Geistesstörung etc. aufzufassen sei, weit auseinander gehen, dann aber auch ein großer Teil der Kranken mit psychischen Störungen nach Kopftrauma nicht in Irrenanstalten zur Beobachtung kommt. Insbesondere kommen die leichteren kurz-

dauernden Fälle überwiegend in den chirurgischen Krankenanstalten zur Beobachtung und gehen damit der Nervenstatistik verloren. Präzise Zahlenangaben sind also nicht möglich. Allgemein läßt sich sagen, daß vorübergehende psychische Alterationen wohl fast jede einigermaßen erhebliche Gewalteinwirkung auf den Kopf resp. das Gehirn hervorruft; auch länger dauernde psychische Zustände sind nicht selten. Die absolute Häufigkeit der chronischen, der Anstaltspflege bedürftigen Fälle, ist gering.

Wie weit ein Kopftrauma als Ursache einer Geistesstörung angesehen werden darf, darüber ist man sich noch nicht ganz einig. Weber z. B. will nur mit der Einschränkung von traumatischer Psychose reden, als er dem Trauma die Rolle eines vorbereitenden oder auslösenden Momentes zuschreibt. Die Mehrzahl der Autoren erkennt aber das Trauma nicht bloß als auslösende, sondern auch als alleinige Ursache rückhaltlos an. Reichardt: „Der gesundeste Mensch kann nach Trauma psychisch erkranken.“ v. Krafft-Ebing stellt bei der Erörterung der Beziehungen zwischen Kopftrauma und Psychose folgende drei Möglichkeiten fest (Foelsche):

1. Eine Kopfverletzung ist unmittelbar oder mittelbar die alleinige Ursache der Geistesstörung eines psychogenetisch nicht belasteten, bis dahin durchaus gesunden Menschen.

2. Ein durch erbliche oder konstitutionelle Erkrankung prädisponierter Mensch erleidet ein Trauma. Hier ist es schon schwerer, eine später eintretende Psychose als die Folge des Kopftraumas unbedingt zu qualifizieren.

3. Die Kopfverletzung schafft eine Prädisposition zur Psychose, die durch ein anderes Moment, das an sich zu geringfügig gewesen wäre, ausgelöst wird.

Die unter 1 fallenden Psychosen bezeichnete er dann als direkte, die unter 2 als indirekte. Die direkten werden dann wieder von Schüle als primäre bezeichnet, wenn sie sich unmittelbar aus den Verletzungsfolgen heraus entwickeln, oder als sekundär, wenn zwischen ihrem Ausbruch und dem Trauma ein mehr oder minder langes freies Intervall liegt.

Dieser Einteilung sind fast alle Autoren gefolgt, und Kalberlah präzisiert sie dahin:

A. „Die unmittelbar und zeitlich untrennbar aus dem durch Commotion gesetzten Zustand von Bewußtlosigkeit hervorgehende akute primäre Psychose, die Commotionspsychose sensu strictiori.

B. Die im Anschluß an Kopfverletzungen resp. an die dabei auftretende Bewußtseinsstörung nach einem mehr oder weniger langen luciden Intervall und anfänglich im Fehlen eigentlich psychotischer Symptome im engeren Sinne sich ausbildenden, also mit dem Trauma nur in mittelbarem, zeitlich losem Zusammenhange stehenden geistigen Veränderungen, die entweder schleichend sich entwickelnden, chronischen psychischen Störungen bestehen oder nur die Prädisposition bilden für das sekundäre Auftreten von Geistesstörungen chronischer und akuter Art."

Auf die unter B genannten Spätformen soll hier nicht weiter eingegangen werden. Auch sollen die Fälle ausgeschieden werden, bei denen die durch Gehirnsubstanzverluste, Herdzerstörungen, Leitungsunterbrechungen hervorgerufenen Störungen im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen.

Kalberlah kommt auf Grund des Studiums der einschlägigen Literatur und eines von ihm veröffentlichten Falles zu dem Resultat, daß die Psychosen, die sich nach der von ihm unter A gegebenen Definition aus der durch Gehirnerschütterung hervorgerufenen Bewußtseinsstörung entwickeln, im wesentlichen unter dem Bilde des Korsakow'schen Symptomenkomplexes verlaufen.

Meyer veröffentlichte einen Fall von reiner Commotionspsychose, die die Kennzeichen des Korsakow'schen Syndroms zeigte. Er ist der Ansicht Kalberlah's, daß das Auftreten dieses Symptomenkomplexes typisch sei für diese Psychose.

Reichardt berichtete über mehrere Fälle von Commotionspsychose, die sich im Sinne Kalberlah's verwenden lassen, ohne daß er sich auf dessen Standpunkt festlegt.

Heilbronner teilte 4 Fälle mit, die den Korsakowschen Symptomenkomplex zeigten. Inwieweit sich Kalber-

lah's Vermutung, daß alle Commotionspsychosen mehr oder weniger unter diesem Bilde verliefen, bestätige, läßt er dahingestellt.

Aronsohn teilt Kalberlah's Ansicht. Er sagt, daß „nach allen bisherigen Erfahrungen die Bestrebung, das Krankheitsbild der akuten traumatischen Psychose einheitlich zu fassen, nicht von der Hand zu weisen sei“: Er veröffentlicht einen einschlägigen Fall, und auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der in der Literatur beschriebenen Fälle präzisiert er Kalberlah's Ansicht dahin, daß, „je weniger die Gehirnerschütterungen durch große Blutungen und Herderscheinungen oder schwere Schädelbrüche kompliziert sind, desto deutlicher bei der nachfolgenden Psychose das Bild des Korsakow'schen Symptomenkomplexes angetroffen wird.“

Andere Autoren kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu ganz anderen Resultaten. Sommer teilt 2 Fälle mit, von denen einer im Sinne Kalberlah's verläuft, der andere aber ein wesentlich anderes Bild bietet, das der Verfasser als moralische Autopsychose bezeichnet. Er gibt zwar zu, daß die im Anschluß an Kopftrauma auftretenden Psychosen oft das Bild des Korsakow'schen Symptomenkomplexes zeigen, doch könne dieser nicht als typisch für die Commotionspsychose bezeichnet werden, da auch andere Formen geistiger Störungen auftreten. Er beruft sich dabei auf Kölpin.

Trömner teilt 6 von ihm beobachtete Fälle mit und faßt seine Erfahrungen dahin zusammen: „Unkomplizierte Fälle von Concussio cerebri können verschiedene Arten psychischer Erkrankungen als deren direkte Ursache hervorbringen. Die Form der Psychose hängt ab 1. von der Schwere der erlittenen Erschütterung, 2. vom Alter der Betroffenen und 3. von etwa mitwirkenden disponierenden Momenten. Schwerere Psychosen können entweder die Form des Delirium traumaticum oder die der Kalberlah'schen Varietät oder die der Amentia traumatica annehmen. Neuere Autoren äußern sich in ähnlichem Sinne. Berger bezeichnet Kalberlah's Behauptung als unhaltbar. „Das ist ebenso unrichtig“, sagt er, „wie wenn man behaupten wollte, es gebe

nur eine Form der Geistesstörung auf alkoholischer Grundlage und diese sei das Delirium tremens.“ Er glaubt vielmehr, „ohne allzu großen Zwang“ die Fälle von Commotionspsychosen einteilen zu können in:

1. solche, die unter dem Bilde der halluzinatorischen Verwirrtheit verlaufen,

2. solche, die die Korsakow'schen Kennzeichen bieten.

3. in Fälle mit vorwiegend manischer Färbung und Größenideen.

4. in solche, bei denen eine ausgesprochene gemütliche Verstimmung vorliegt.

5. in Fälle mit katatonischen Symptomen.

Er gibt dann weiter an, unter 34 Fällen nur 4 mal den Korsakow'schen Symptomenkomplex gefunden zu haben.

Schröder faßt die Commotionspsychose als einen Komplex von Teilsymptomen aus der durch die Kopfverletzung gesetzten Bewußtlosigkeit auf. „Sie ist das protrahierte Durchgangsstadium von der Bewußtlosigkeit zur endgültigen Aufhellung.“ Er unterscheidet zwischen leichten und schweren Formen, im Verlauf der letzteren unterscheidet er 3 Stadien, das 3. sei durch den Korsakow'schen Symptomenkomplex gekennzeichnet.

In der Genese der Commotionspsychosen spielen wohl andere Momente als die Commotio keine Rolle, doch ist wohl anzunehmen, daß andere in ähnlicher Weise wirkende Ursachen, wie Alkoholismus, Arteriosklerose, fieberhafte Komplikationen etc. erschwerend sowohl auf das Krankheitsbild, als auch auf die Dauer und den Ausgang hinwirken können. Muß nun die Commotio als Ursache psychischer Störungen streng von der Compressio und Contusio unterschieden werden? Es sei deshalb kurz auf das Wesen der Commotio eingegangen.

Das klinische Bild der Commotio cerebri bildet nach v. Bergmann die Erscheinungen einer lähmenden Erkrankung der Hirnrinde, die, je nachdem die automatischen medullaren Zentren intakt bleiben, gereizt oder gelähmt sind, 3 verschiedene Grade erreichen kann:

1. Leichte Erschütterung. Keine Pulsverlangsamung. Patient ist matt, schwach, bewußtlos.

2. Patient ist vollständig bewußtlos, reagiert auf keinen äußeren Reiz, allenfalls Pupillenreaktion und Schluckreflexe. Haut kühl. Gesicht blaß, Atem schwach. Puls klein, unregelmäßig, meist verlangsamt. Harn und Kot zurückgehalten oder gehen ab. Erbrechen wiederholt. Auf das Depressionsstadium folgt ein Exzitationsstadium. Puls frequent, hart; Hauttemperatur erhöht. Gesicht gerötet. Pupillen eng. Augen glänzend. Kopfschmerz. Schmerzen in allen Gliedern, große Unruhe.

3. Tiefstes Koma. Puls schnell. Terminales Stadium.

Welche Ursache liegt nun diesen klinischen Erscheinungen zu Grunde? Bestimmtes über das Wesen der Commotion weiß man zur Zeit noch nicht. Der alte Begriff der molekularen Erschütterung ist durch neuere Ansichten vielfach verdrängt worden. Bergmann nimmt eine, nur mikroskopisch erkennbare, aber weit verbreitete Quetschung kleinster Hirnteile an. Kocher sagt: „Die Commotio ist ein akuter Hirndruck, durch eine mit Geschwindigkeit begabte Gewalt bewirkt.“ Durch Auspressung der Gefäße werde eine momentane Zirkulationsunterbrechung des Gehirns hervorgerufen. Nach Wiedereintritt der Zirkulation komme die normale Funktion sogleich oder bald wieder zustande. Gehe es darüber hinaus, komme es zu Zerrung, Druck, Zerreißung, Zertrümmerung von Hirnteilen, so liege eine Compressio oder Contusio vor. Demgemäß dürfte man nur in den leichtesten Fällen von Commotio sprechen und müßte alle Fälle mit schwereren Allgemeinerscheinungen als Contusio ansehen. Also müßten die nachfolgenden Psychosen zum großen Teil als Contusionspsychosen aufgefaßt werden.

Für uns kommt diese Unterscheidung nicht wesentlich in Betracht. Für die in Frage stehenden geistigen Schädigungen sind ursächlich maßgebend die Allgemeinerscheinungen der Gehirnerschütterung; als komplizierende Momente können Kontusionsherde hinzukommen. Reichardt sagt: „Die Diagnose Gehirnerschütterung ist (für den Psychiater) eine

rein klinische Diagnose, die keinen Anspruch erhebt, über Fehlen oder Vorhandensein begleitender Kontusionsherde Auskunft geben zu wollen.“ Ähnlich äußert sich Schröder: „Kommt es zu psychotischen Erscheinungen (nach Gehirnerschütterung), so besteht jedenfalls der alte Brauch zu Recht, schlechthin von einer Commotionspsychose zu sprechen unter dem stillschweigenden Zugeständnis, daß das Trauma möglicherweise nicht nur eine momentane Zirkulationsunterbrechung gesetzt hat, sondern auch kleine Gewebsläsionen, umsomehr, als die psychischen Störungen ihrem Wesen nach die gleichen sind, wenn die Kopfverletzung nur zu einer Hirnerschütterung und wenn sie zugleich auch zu groben Läsionen der Hirnsubstanz geführt hat.“ Der gleichen Ansicht ist Sommer.

Die Frage, ob der pathologisch anatomische Befund über das Wesen der Commotion Aufschluß gibt, muß verneint werden. Es sind zahlreiche makroskopische und mikroskopische Untersuchungen angestellt worden, die aber keinerlei gleichartigen oder gesetzmäßigen Befund ergaben. Am häufigsten noch hat man diffuse Veränderungen an den Ganglienzellen und Kapillaren, sowie Blutungen gefunden. Für die Entstehung der Commotionspsychose scheint dies weiter nicht von Belang; denn Berger weist mit Recht darauf hin, daß diese Befunde eben so gut erhoben werden in Fällen von Commotion, die ohne Commotionspsychose verliefen. Für Aronsohn scheint das Wesentlichste für das Zustandekommen der Commotionspsychose lediglich die diffuse Rindenschädigung an sich zu sein und nicht die Art der Rindenschädigung.

Wie oben bereits ausgeführt wurde, wird die Kalberlahsche Ansicht, daß die Commotionspsychose im wesentlichen unter dem Bilde des Korsakowschen Syndroms verlaufe, von vielen Autoren als unrichtig bezeichnet. Darin stimmen aber alle überein, daß im Verlauf der Commotionspsychose der Korsakowsche Symptomenkomplex sehr oft beobachtet wird. Es scheint deshalb angebracht, auf diesen Symptomenkomplex und seine geschichtliche Entwickelung näher einzugehen.

Im Jahre 1890 veröffentlichte der damalige Privatdozent an der Universität Moskau, Korsakow, eine Abhandlung

in deutscher Sprache unter dem Titel: „Über eine besondere psychische Störung, kombiniert mit multipler Neuritis." Er kommt hier auf eine von ihm 3 Jahre vorher erschienene Abhandlung unter dem Titel: „Über eine Störung der psychischen Tätigkeit bei alkoholischer Lähmung" zurück. In beiden berichtet er über mehrere auf chronischer Intoxikation beruhenden Polyneuritiden, die ein mehr oder weniger übereinstimmendes psychisches Krankheitsbild boten. Er schreibt: „Die psychische Störung äußert sich bald in Form einer scharf ausgeprägten reizbaren Schwäche der psychischen Sphäre, bald in Form von Verwirrtheit mit äußerst charakteristischen Irrungen inbezug auf Ort, Zeit und Situation, bald als eine ganz reine Form akuter Amnesie, wobei die Erinnerung des kürzlich Geschehenen in intensivester Weise gestört ist, während das Längstvergangene recht gut im Gedächtnis bleibt." Er war der Meinung, daß diese psychische Erkrankung in mehr oder weniger starkem Grade bei Neuritiden alkoholischen und nicht alkoholischen Ursprungs fast stets vorhanden sei und mit ihr in ursächlichem Zusammenhang stehe. Er gab der Krankheit den Namen: Cerebropathia psychica toxaemica, weil er der Ansicht war, daß die Polyneuritis und die Geistesstörungen in engen Beziehungen ständen zur Anwesenheit toxischer Substanzen im Blute.

Korsakow hat insofern Recht, als die nach ihm benannten psychischen Störungen und Polyneuritis oft durch dieselbe Ursache hervorgerufen werden und als diese Störungen sehr oft nach toxischen oder infektiösen Krankheitsprozessen beobachtet worden sind. Weiterhin hat sich jedoch gezeigt, daß die von Korsakow beschriebenen geistigen Störungen keineswegs an Polyneuritis gebunden sind und daß sie sich auch bei andern als toxischen oder infektiösen Krankheitsprozessen entwickeln, so bei Kopftraumen, Strangulationsversuchen, Hirntumoren und bei den senilen Geistesstörungen. Weiterhin hat sich gezeigt, daß die von Korsakow beschriebenen Störungen keine Krankheit an sich bilden, sondern nur einen wohlcharakterisierten Komplex von Symptomen, der sich anderen Komplexen an die Seite stellen läßt und wie sie bei den verschiedensten Krankheiten vorkommt und

der nach Schröder den symptomatischen Ausdruck einer recht häufigen Reaktionsform auf grobe Schädigungen der mannigfachsten Art darstellt. Auf Jollys Vorschlag 1897 wurde Korsakow zu Ehren diesem Krankheitsbilde die Bezeichnung „Korsakowsches Syndrom" gegeben, da er der erste war, der diesen Symptomenkomplex näher analysiert und abgegrenzt hat, wenngleich er manche Symptome hinzurechnete, die nach heutiger Auffassung nicht dazu gehören.

Nach der heutigen Auffassung ist „der Korsakowsche Symptomenkomplex durch Störung und Verlust der Merkfähigkeit mit örtlicher und zeitlicher Desorientiertheit und Neigung zu Konfabulationen bei erhaltener Besonnenheit gekennzeichnet" (Schulze, Binswanger-Siemerling).

Im Vordergrunde steht die mehr oder minder aufgehobene Merkfähigkeit. Unter Merkfähigkeit verstehen wir die Fähigkeit, neue Eindrücke nicht nur wahrzunehmen, sondern auch festzuhalten, mithin die Fähigkeit, Erinnerungsbilder anzulegen. Sie ist wohl zu unterscheiden vom Gedächtnis, das den Besitzstand von erworbenen Erinnerungsbildern umfaßt und es ermöglicht, diese ins Bewußtsein zu reproduzieren. Tatsächlich vergessen die Kranken alles fast augenblicklich. Sie sind z. B. nicht in der Lage, ihnen vorgesprochene Zahlenreihen zu wiederholen, oder sie stehen vom Mittagstisch auf und beklagen sich, nichts zu essen bekommen zu haben usw. Als Folge dieser gestörten Merkfähigkeit muß später ein Gedächtnisdefekt für die Zeit der Störung in Erscheinung treten. So fehlt diesen Kranken für die Zeit ihrer Erkrankung mehr oder weniger jede Erinnerung. Als weitere Folge ergibt sich die Desorientiertheit über Zeit und Ort. Neben diesen Störungen der Merkfähigkeit und dem damit verbundenen Gedächtnisdefekt findet man fast immer eine retrograde Amnesie, d. h. es fehlt den Kranken auch die Erinnerung für einen mehr oder minder langen Zeitabschnitt vor Ausbruch der Krankheit. Dieser Zeitraum kann Stunden, Tage, aber auch Jahre betragen. Die Ursache dieser retrograden Amnesie liegt vielleicht in einer schon vor dem Ausbruch der Krankheit reduzierten Merkfähigkeit, die bloß nicht auffällig geworden ist. Das könnte bei chronischer Intoxikation der

Fall sein. Schwieriger zu erklären ist die retrograde Amnesie nach Einwirkung einer akuten Schädigung, z. B. Trauma. Hier handelt es sich vielleicht um die Erschwerung oder Unmöglichkeit der Reproduktion oder um einen wirklichen Verlust von Erinnerungsbildern. Ihren Gedächtnisdefekt suchen die Kranken auszufüllen mit allerlei selbsterfundenen Geschichten. Dabei handelt es sich nicht um fixe Wahnideen, sondern meist um Augenblicks- oder Verlegenheitskonfabulationen. Die Kranken wollen, bewußt oder unbewußt, ihren Erinnerungsdefekt nicht merken lassen; sie geben daher positiv falsche Antworten. Ihrem Inhalt liegen meist Tatsachen zugrunde oder frühere Erlebnisse, nur mit falscher örtlicher und zeitlicher Lokalisation. Das Material wird, soweit es sich nicht um indifferente Vorgänge handelt, meist der Zeit vor Ausbruch der Krankheit entnommen. In anderen Fällen aber erzählen die Kranken frei erfundene Geschichten mit Situationen, die sie nie erlebten, mit sichtlicher Freude am Erzählen. Bei der mangelnden Merkfähigkeit ist der Inhalt der Konfabulationen ständig wechselnd. Das Bewußtsein ist für gewöhnlich erhalten. Sich selbst überlassen, sind die Kranken meist apathisch, sie beschäftigen sich nicht, kümmern sich wenig um ihre Umgebung. Beschäftigt man sich mit ihnen, so werden sie gleich lebhaft, zeigen gute Aufmerksamkeit, antworten prompt auf gestellte Fragen. Doch tritt meist rasch eine Ermüdung und Nachlassen der Aufmerksamkeit ein. Die Stimmungslage ist gewöhnlich leicht euphorisch, mit Neigung zum Witzeln verbunden. In andern Fällen sind die Kranken mürrisch und verdrossen. Die einzelnen Züge des Symptomenkomblexes können verschieden stark hervortreten. Im wesentlichen sind sie wohl abhängig von der mehr oder weniger stark gestörten Merkfähigkeit. Oft ist auch der ganze Symptomenkomplex nur rudimentär ausgebildet.

Anschließend soll der Verlauf der Commotionspsychosen beschrieben werden unter Zugrundelegung der von Schröder gegebenen Einteilung, der die leichten, abortiv verlaufenden Formen von den schweren trennt, und bei den letzteren 3

Stadien unterscheidet, die im einzelnen scharf hervortreten oder ganz fehlen können.

In jedem Falle trübt die Gehirnerschütterung das Bewußtsein bis zur Aufhebung. Für den Unfall und die sich anschließende Bewußtseinsstörung fehlt jede Erinnerung, oft tritt dazu noch eine retrograde Amnesie. Kommt es zu einer Psychose, so entwickelt diese sich unmittelbar aus der anfänglichen Bewußtlosigkeit der Commotio.

Die leichten, abortiven Formen verlaufen oft unter dem Bilde von Dämmerzuständen. In der Literatur werden sie als „traumatische Dämmerzustände" bezeichnet. Unmittelbar im Anschluß an das Trauma schließt sich eine kurze Bewußtlosigkeit an und daran eine ebenfalls nur kurz dauernde Bewußtseinsveränderung. In diesem Zustande pflegt besonders die Ausübung der gewohnten Beschäftigung keinerlei Störung zu erleiden. Erst nachträglich stellt sich heraus, daß diese Patienten einen mehr oder weniger großen Erinnerungsausfall haben für die Verletzung selber, für die nachfolgende Zeit, während der sie oft komplizierte, verantwortungsvolle Handlungen vorgenommen haben, und oft noch für kurze Zeit vor dem Unfall. Schröder zitiert einen von Näcke beschriebenen Fall, in dem ein Arzt von einem Geisteskranken einen Schlag ins Gesicht erhält. Der Arzt fällt hin, steht bald wieder auf, notiert den Fall in sein Notizbuch, ordnet noch einige den Kranken betreffende Maßnahmen und geht nach Hause. Alle diese Vorgänge, die eine Zeit von 10—15 Minuten ausfüllen, sind nachher aus seiner Erinnerung völlig ausgelöscht. Es bleiben für 2 Tage noch Kopfdruck und eine gewisse Gedächtnisschwäche zurück. Kalberlah führt einen von Boullard veröffentlichten Fall an: Eine Hebamme, die nachts zu einer Entbindung gerufen wurde, zog sich eine starke Contusion des Kopfes zu und verlor fast eine viertel Stunde das Bewußtsein. Als sie wieder zu sich gekommen war, ging sie zu der Wöchnerin, nahm die Entbindung vor, was ungefähr 2 Stunden dauerte, windelte das Kind ein, löste die Nachgeburt, alles mit größter Geschicklichkeit. Nachher wußte sie weder von dem Fall, noch von den nachfolgenden Ereignissen etwas. Außer dieser Amnesie

findet man in den leichten Fällen noch oft vorübergehend Desorientiertheit, eine gereizte, mürrische oder euphorische Stimmung. Wie schon die kurze initiale Bewußtlosigkeit zeigt, liegt diesen leichten Fällen fast immer nur eine leichte Gehirnerschütterung zu Grunde.

Die schweren Formen der Commotionspsychose sind immer länger dauernde, über Wochen und Monate sich hinziehende Erkrankungen. Schon die initiale Bewußlosigkeit pflegt bei den schweren Formen länger und tiefer zu sein als bei den abortiv verlaufenden. Das Koma dauert Stunden oder gar Tage. Die Aufhellung des Bewußtseins erfolgt allmählich, und eine langsam schwindende Bewußtseinstrübung kann sich noch weit bis in die folgenden Stadien erstrecken.

Das Übergangsstadium (2. Stadium) kann ganz fehlen. Dann geht der Zustand von Bewußtlosigkeit allmählich in das 3., amnestische Stadium über. Häufiger aber bildet sich jetzt ein Zustand aus, der große Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens hat. Manche Autoren sprechen direkt von einem Delirium traumaticum (Wollenberg). Die Kranken werden unruhig, und zwar meist, bevor die Bewußtseinstrübung abgeklungen ist. Sie laufen umher, halluzinieren, wollen fort, zeigen sich desorientiert, hantieren mit ihren Bettsachen. Mit Vorliebe tritt diese Unruhe abends oder nachts auf, tagsüber sind die Kranken ruhiger. Dieses Delirieren beginnt in den ersten Tagen nach dem Unfall; es zieht sich unter Umständen längere Zeit hin. In dem von Foelsche mitgeteilten Fall dauerte es über 3 Wochen und endete mit einem tiefen Schlaf. Andererseits sind im Übergangsstadium auch Zustände vom Charakter der Hemmung beobachtet worden. Die Patienten fassen schwer auf, sind apathisch, kümmern sich nicht um ihre Umgebung. In besonders ausgeprägten Fällen kann das Verhalten einen stuporösen Charakter haben. In anderen Fällen kommt es zu Wahnideen, oder es stehen Gemütsdepressionen im Vordergrunde (Berger). Das Übergangsstadium bietet also sowohl hinsichtlich der Dauer als auch der Art der Erscheinungen ein sehr wechselseitiges Bild. Wie schon erwähnt, kann es auch fehlen. In manchen Fällen bildet

dieses Stadium, bei dem die Reizerscheinungen im Vordergrunde stehen, den Abschluß der Psychose. Bei der Mehrzahl der Fälle bildet sich jetzt das 3. Stadium aus.

Das 3. oder amnestische Stadium wird in seinem Symptomenbild beherrscht von dem Korsakowschen Syndrom mit seiner gestörten oder aufgehobenen Merkfähigkeit, Desorientierung über Zeit und Ort, Konfabulationen. Letztere sind nach Art und Inhalt sehr wechselnd. Im allgemeinen sind sie bei der Commotionspsychose weniger ausgiebig als bei der Korsakowschen Psychose der Trinker. Die retrograde Amnesie erstreckt sich nur über Stunden oder Tage; oft ist sie garnicht nachzuweisen. Die Stimmung ist meist leicht euphorisch. Es besteht keine Krankheitseinsicht. Daneben sind oft noch andere Symptome vorhanden, besonders zu Beginn, die sich aus dem fließenden Übergang aus den vorigen Stadien erklären. So können die Kranken a[illegible]s noch benommen oder gereizter Stimmung sein. Oft finden sich auch zerebrale Symptome, die teils mit der Commotio zusammenhängen, wie Pulsverlangsamung und Erbrechen, teils aber auch durch ernstere Hirnläsionen bedingt sind und nach deren Sitz sich sehr verschieden äußern können. Von seiten des Nervensystems wird oft eine Steigerung des Kniephänomens beobachtet, selten eine Herabsetzung. Ungleiche Weite und Reaktion der Pupillen finden sich oft. Das amnestische Stadium bildet sich in der Regel ganz langsam zurück. Die Merkfähigkeit bessert sich. Der Kranke orientiert sich wieder, meist zuerst über den Ort, dann über die Zeit. Die Konfabulationen werden weniger lebhaft, unsicherer vorgetragen; zuletzt verschwinden sie ganz. Die Amnesie und der retrograde Erinnerungsausfall bleiben bestehen. Die Dauer der Commotionspsychose ist recht verschieden, sie wird wesentlich durch die Dauer des letzten Stadiums bestimmt, das sich über Wochen und Monate hinziehen kann.

Der Ausgang kann völlige Heilung sein, besonders in leichten unkomplizierten Fällen. In vielen anderen Fällen bleiben noch allerhand Störungen und Beschwerden zurück, die nur langsam oder garnicht verschwinden. Sie sind nach Schroeder wohl weniger hervorgerufen durch das letzte

Stadium der Psychose, sondern vielmehr eine Folge der akuten Hirnschädigung. Sie werden nach Fällen schwerer Psychose häufiger beobachtet, weil dieser ja auch meist eine schwerere Gehirnerschütterung voraufzugehen pflegt. Häufig entwickeln sich allgemein nervöse, neurasthenische Störungen, auffallende Charakterveränderung, mitunter ethische Defekte. Der Tod erfolgt in sehr schweren Fällen in den ersten Tagen als Folge der Commotio, ohne daß die Kranken das Bewußtsein wieder erlangt hätten.

Die Prognose ist dementsprechend zu stellen. In leichten, unkomplizierten Fällen ist sie gut. In schwereren jedoch, und besonders wenn noch andere Schädlicheiten hinzukommen (chron. Alkoholismus), ist sie meist ungünstig. Nach Ziehen sollen auch Kinder öfters eine Dauerschädigung davontragen. Im Einzelfalle wird man die Prognose um so günstiger stellen können, je weniger schwer die anfänglichen Erscheinungen der Gehirnerschütterung waren, je weniger Anzeichen für herdförmige Läsionen des Gehirns vorhanden sind, und je weniger andere erfahrungsgemäß in gleicher Weise krankmachend wirkende Momente wie Alkoholismus, hohes Alter, Infektion hinzukommen.

Anschließend möchte ich 2 einschlägige Fälle mitteilen, die in der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel zur Beobachtung kamen und die mir von dem Herrn Direktor, Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, gütigst überlassen sind.

I. Fall.

L., Asmus, 57 J. Diagnose: Korsakowscher Symptomenkomplex nach Trauma.

Anamnese, abgegeben vom Schwager am 30. VII. 15: Vor dem Unfall nicht krank gewesen. Seit Jahren ist er aber leicht aufgeregt, hauptsächlich der Mutter gegenüber, gegen die er sonst sehr gut war. Sie konnte ihm nichts rechtmachen. Er unterbrach sie und korrigierte sie in Unterhaltungen. Auch mit Freunden machte er kleine Szenen. Er vertrat energisch seine Ansicht, ließ die andern nicht

hochkommen. Ging in den letzten Jahren täglich ins Wirtshaus, hatte kleine Kneipereien mit Freunden, sodaß ihm mitunter die Zunge schwer wurde. Er sei aber kein Trinker. Sein Gedächtnis war bis vor dem Unfall vorzüglich, er hat niemals irgendwelche Fehler gemacht, nie etwas übersehen, obwohl es sich oft um schwierige Rechnungen handelte. Die geistige Regsamkeit war bis zum Unfall sehr gut. Unfall war am 22. VI. 15. Fiel kopfüber vom Rad, lag mehrere Stunden besinnungslos, soll Erbrechen gehabt haben. Unfall war um ½ 7 Uhr, um ½ 12 in die Wohnung gebracht. War noch Tage lang so gut wie bewußtlos, sagte ein paar Worte wie „ja", war am ganzen Körper zerschunden. Gegessen hat er, jedenfalls am zweiten Tage. Als er nach Hause gebracht wurde, war er beschmutzt. Am nächsten Tage stand er aber auf, befriedigte seine Bedürfnisse. Er stand dann ruhelos auf und wanderte. Er kannte wohl schon die Umgebung, hatte aber sofort alles vergesson, was er gesagt hatte. Die Gedächtnisstörungen wurden sofort bemerkt. Von Blutungen aus Mund, Nase und Ohren nichts bekannt. 8 Tage nach dem Unfall zog er sich an, hatte das Bedürfnis, in die Stadt zu gehen. Ging auch fort, fand sich zurück, bezahlte aber auf der Elektrischen mit Fahrscheinen anderer Bahnen. Körperlich gesund vor dem Unfall. Das „Trinken" kam erst in den letzten Jahren auf, aber es ist zu wenig gewesen, um es Trinken zu nennen, er habe lange aussetzen können.

Keine Heredität.

8 VII. 15 vormittags zur Aufnahme in Begleitung von zwei Bekannten. Macht eigentümlich apathischen und flüchtigen Eindruck, läßt seine Sachen liegen und läuft einfach so mit. Liegt nachher stumpf im Bett, achtet wenig auf den eintretenden Arzt, gibt aber adäquate Antworten. Nennt seine Personalien. Daß ihm etwas fehle, könne man eigentlich gar nicht sagen. Er sei auf dem Rad gefallen, vor 3 Wochen etwa Wieso das passiert sei, könne er gar nicht so sagen. Auf Befragen meint er, er sei dann allein nach Haus gefahren, sei nicht ohnmächtig geworden. Von Besinnung sei er überhaupt nicht gewesen. Habe gleich wieder fahren können nach dem Unfall. Habe sich nur wenig am Arm

verletzt. Seit dem Unfall sei es ihm „ganz gut“ ergangen, habe gut schlafen können, könne nicht behaupten, daß er unruhig gewesen sei. Umhergewandert sei er wohl gar nicht. Keine Klagen über Kopfweh, Schwindel, überhaupt: „wenig nachteilige Erscheinungen.“ Eigentlich wisse er von nichts. Sein Gedächtnis gehe ganz gut. „Wenn man schon 60 (!) Jahre alt ist, wird das Gedächtnis nicht stärker.“

(Sind Sie denn schon 60 Jahre alt?) Ja, 58 geboren, bin ich 60.

(Welches Jahr ist jetzt?) Jetzt, da haben wir . . . 1908, ne, sag was ist es, wir haben ja 14 . . . 15 müssen wir haben.

(Ist denn 1855 bis 1915 60?) Ne, sind 58.

(Wie alt sind Sie also?) Ich werde 60.

(Früher mal krank?) Ach, kann ich nicht mal sagen, das ist nicht weiter von Bedeutung.

Bis auf Knochenbruch an dem Arm früher wisse er nichts.

Vener. Infektion negiert. Potus: „Mal 'n Glas Grog oder Bier, nicht jeden Tag.“ Nervenkrankheiten in der Familie nicht bekannt. Mutter lebe, sei 80 Jahre alt, 56 geboren!

(56 geboren?) Na, wart mal, ist ja älter, 56 ist sie verheiratet, ist sie 18 gewesen.

(Wer ich?) Sie sind hier der Dr., soviel ich gehört habe.

(Stadt?) Richtig. (Haus?) Ja, das weiß ich garnicht.

(Was für eine Art Haus?) Nervenhaus für Nervenkrankheiten, ist Niemannsweg.

Habe in den letzten Jahren nicht übertrieben viel zu tun gehabt. Auf Schule gut gelernt, in dänischer Schule alle Klassen durchgemacht (Privatschule). Beim Militär nicht gedient, weil er wohl körperlich nicht fähig dazu gewesen wäre.

1 6 3 0 4 9 — 1 6 3 9 0 4.

7 0 2 8 5 1 — 7 0 2 8 5 3.

6 4 8 0 1 9 — 6 4 8 0 1 9 (richtig).

(Welche Tageszeit?) Gegen abend (richtig).

(Was zu Mittag gegessen?) Bischen Braten, Leber (richtig).

(7 . 19?) 143.

(?) Ne, stimmt nicht, nu krieg ich's garnicht mal zusammen.

(7 . 19?) Ach, das wollten Sie noch wissen, das sind 140 und 27 davon . . . (Versinkt wieder).

81—27?) Sind 4 . . . sind 67, nicht wahr, 64 . . .

(63 : 3?) 21.

(Welche Rechenaufgabe zuerst aufgegeben?) Ja, das hab ich vergessen.

(Wie steht jetzt der Krieg?) Nach meinem Befinden ganz gut.

(Zuletzt große Ereignisse?) Muß ja Rumänien und Bulgarien gewesen sein. Da haben wir einige kleine Verluste, Erfolge gehabt.

(Haben die Deutschen schon Festungen genommen?) In diesem Krieg? Nichts von Bedeutung.

(?) Bei Antwerpen haben wir ja was genommen, es ist ja in unserm Besitz.

(Bedeutender deutscher Truppenführer in diesem Krieg?) Ja, wie heißt er noch . . . einer muß ja gut sein. —

Kann keinen Namen nennen. Zeigt eine freundliche, gedankenlose Euphorie bei allen diesen Fragen.

Somatisch: Kräftig, robust, gute Ernährung, keine Narben, keine Ödeme. Schädel nicht empfindlich. Zeitweiliges Zusammenkneifen des linken Auges. Linke Pupille vielleicht Spur weiter als rechte, beide ziemlich rund, etwas unter mittelweit. Reflex auf Licht vorhanden. Reflex auf Konvergenz etwas träge vorhanden. Augenbewegungen frei. Gesicht symmetrisch innerviert. Zunge gerade, zitterig. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Würgreflex vorhanden. Keine artikulatorische Sprachstörung. Keine Struma. Dynamometer links 50, rechts 85. Beweglichkeit beider Arme: Hebt den linken Arm steif nicht so gut wie den rechten. Angeblich Schmerzen im Arm. Keine Verletzungen erkennbar. Keine deutlichen Paresen. Reflexe der oberen Extremitäten: Paräst. rechts gleich links. Triceps nicht. Kniephänomene schwach vorhanden. Achillessehnenreflex vorhanden. Zehen plantar. Kein Romberg. Geht etwas stampfend, nach Verlassen des Bettes anfangs etwas unsicher, später sicherer.

Sensibilität ohne Störungen. Puls 90, regelmäßig, gespannt. Arterie nicht rigide. Herz nicht deutlich. 1 Mitralton unrein, geräuschartig. Pulmones ohne Besonderheiten. Leber 2 Querfinger unter Rippenbogen palpabel, etwas hart, scharfer Rand, nicht empfindlich. Sonst Abdomen ohne Besonderheiten. Größe 1,70 m. Gewicht 86 kg. Temperatur 36,7°. Blutdruck an beiden Armen 120 mm Hg.

9. VII. 15. Große Gleichgültigkeit und Willenlosigkeit. Spricht wohl davon, daß er abends ausgehen wolle, läßt sich aber mühelos ablenken. Glaubt heute morgen, 4 Tage schon hier zu sein. Geht, wenn er auf ist, untätig im Korridor auf und ab. Konfabuliert auf direktes Befragen. Er sei gestern abend ausgewesen, in einem Lokal in der Nähe des Bahnhofs. Auf den Namen des Lokals kommt er nicht. Örtlich ist er ungefähr orientiert.

14. VII. 15. Luesreaktion in Blut und Liquor negativ.

15. VII. 15. Immer guter Stimmung, freundliches Wesen, wenn er auch manchmal schon unzufrieden damit ist, daß er nicht entlassen wird. Mitunter ist er ganz unorientiert, spricht so, als ob er hier in Flensburg ist. Erst durch viele Zwischenfragen kommt er darauf, daß er hier in Kiel ist, nennt den Arzt Dr. Herbst. Wundert sich selbst garnicht darüber, daß er anfangs ganz unorientiert war. Liest in der Zeitung.

22. VII. 15. Noch immer grobe Fehler in zeitlichen Distanzierungen. Spricht von seinem jüngsten Bruder, von dem er weiß, daß er in den Argonnen ist, als ob er 29 Jahre alt sei, obwohl er selbst angibt, daß der jüngste Bruder 10 Jahre jünger sei als er selbst. Liest viel in der Zeitung, ohne nachher angeben zu können, was darin steht.

3. VIII. 15. Besserung der gemütlichen Regsamkeit. Patient wird viel lebhafter, schreibt viele Briefe nach Haus, die formell geordnet sind und auch starke Sehnsucht nach seinen Familienangehörigen verraten. Drängt jetzt sehr und oft auch ärgerlich auf seine Entlassung, orientiert sich besser, zeigt aber noch starke Gedächtnisausfälle, kann das Alter seines Bruders noch immer nicht ausrechnen, weiß auch nicht

genau, wie alt er selbst ist. Liebt oft zu scherzen, burschikose Redereien. Um den Zustand seines Geschäftes kümmert er sich noch garnicht, hat auch keine Einsicht für seinen Zustand. Öfters noch Schmerzen im linken Arm.

10. VIII. 15. Im ganzen unverändert. Verlangt täglich, entlassen zu werden; geht in den Garten, begrüßt jeden sehr liebenswürdig. Spricht oft von seiner Mutter, sagt dann jedesmal, er müsse nach Hause fahren, um seiner Mutter zum Geburtstag zu gratulieren. Sie habe in den nächsten Tagen Geburtstag.

17. VIII. 15. Unverändert. Will fort. War tagsüber in Villa II, sprach dort soviel, daß er den anderen Patienten lästig wurde. Zeitliche Orientierung besser.

22. VIII. 15. Gebessert entlassen zu Dr. Faklam Suderode.

Epikrise.

Es handelt sich hier um einen 58jährigen Mann, der als gesund bezeichnet wird, in gewissem Grade aber als Potator gelten kann. Am 22. VI. 15 erleidet er durch Sturz vom Rade eine Gehirnerschütterung. Von anderen körperlichen Verletzungen werden nur Hautabschürfungen erwähnt. Die initiale Bewußtlosigkeit, die mehrere Stunden anhält, hellt sich erst im Laufe von Tagen allmählich auf. Am Tage nach dem Unfall zeigt Patient große Unruhe, über deren Dauer nichts gesagt wird. Er erkennt zwar seine Umgebung, hat aber sofort alles vergessen, was er gesagt hat. Nach 8 Tagen geht er aus, findet sich auch zurecht, bezahlt aber auf der Straßenbahn mit unrichtigen Scheinen. Bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik zu Kiel am 8. VII. sind die Erscheinungen der Unruhe und Erregtheit vollständig abgeklungen. Wir finden aber jetzt das Bild des Korsakowschen Symptomenkomplexes deutlich ausgeprägt. Der Patient macht jetzt einen apathischen teilnahmslosen Eindruck. Die Aufmerksamkeit läßt sich wecken, doch tritt bald Ermüdung ein. Auf Fragen über seinen Unfall antwortet er mit Konfabulationen. Zeitlich ist er desorientiert, während er über die Örtlichkeit leidlich unterrichtet ist. Weiterhin fällt seine

Merkschwäche auf. Er kann einfache Zahlenreihen nicht richtig wiederholen. Eine retrograde Amnesie ist nicht deutlich nachweisbar, doch dürften die äußerst dürftigen Angaben über die Kriegsereignisse auf sie hindeuten. Daneben besteht leichte Euphorie, mangelnde Krankheitseinsicht. Vom 3. VIII. ab finden wir eine Besserung der gemütlichen Regsamkeit. Über Konfabulationen wird nicht mehr berichtet. Weiterhin bessert sich auch die Orientierung. Am 22. VIII. erfolgt Entlassung in eine Privatheilanstalt.

Man kann wohl annehmen, daß der Dauerzustand damals noch nicht erreicht worden war, sondern daß noch eine weitergehende Besserung möglich war. Die Aussicht auf völlige Wiederherstellung der geistigen Fähigkeiten ist jedoch mit Rücksicht auf das Alter und den Potus gering.

II. Fall.

J. N., 58 J. Diagnose: Korsakow'scher Symptomenkomplex infolge Trauma und Alkohol.

Anamnese, abgegeben vom Bruder am 22. XI. 1913: Patient sei vor 14 Tagen die Treppe des Hauses hinuntergefallen, mit dem Kopf aufgeschlagen. Äußerlich sei nichts am Kopf zu sehen gewesen, doch habe er aus dem linken Ohr geblutet. Der Arzt, Dr. Hansen, Tondern, habe Schädelbruch festgestellt. Patient sei seit dem Fall verwirrt, wisse nicht mehr, wo er sei, sage nur, er wolle nach Hause, sonst nur unverständliches Zeug. Habe auch Angehörige nicht gekannt, zuweilen sie allerdings mit Namen genannt. Im Bett sei er nicht geblieben, dauernd herausgekommen, auch nachts trotz Einspritzungen. Habe Eisblase auf den Kopf bekommen, die er aber immer abgeworfen habe. Habe über starke Kopfschmerzen geklagt, oft den Kopf gegen die Wand gerannt und sich hinter dem Kopf gekratzt. Habe vom Arzt Chloral und täglich zwei Einspritzungen von Morphium und 6 mal täglich Strychnin zum Einnehmen bekommen. In den letzten Tagen habe die Unruhe so zugenommen, daß der Hausarzt Überführung angeordnet habe. Sei vor dem Unfall nie ernstlich krank gewesen, habe seit 10 Jahren ziemlich stark getrunken, sein Beruf als Viehhändler bringe das so mit sich,

meist wohl Kaffeepunsch und Schnaps, kein Bier. Ref. weiß nicht, wieviel er täglich dafür ausgab, doch sei es wohl ziemlich hoch gewesen. Pat. sei früher Landwirt gewesen, habe einen Hof gehabt, den jetzt ein Sohn übernommen habe. Seit 5 Jahren Händler. Nie ernstlich krank gewesen. Als Soldat gedient. In 2. Ehe verheiratet, 5 Kinder aus erster Ehe leben, gesund. Ein Bruder mit 21 Jahren durch Suizid geendet, sei schwermütig gewesen ohne äußere Ursache. Erste Frau sei an Darmverschlingung gestorben.

Der Bericht des Arztes, der den Patienten zuerst behandelte, gibt dazu noch folgendes an: J. erlitt den Unfall am 17. X. Nachmittags 4 Uhr lag er in tiefstem Coma. Die Untersuchung ergab äußerlich keine Spuren von Verletzung. Aus dem l. Ohr floß Blut. Puls verlangsamt, etwa 60. Er blieb noch tagelang bewußtlos. Als die Schlafsucht vorbei war, trat verwirrte Erregung ein. Er war nicht im Bett zu halten und sprach einzelne verwirrte Gedanken aus. Appetit gering, Stuhlgang träge. Am 31. X. wurde er auf Wunsch nach Hause entlassen. Der Arzt nimmt Schädelbasisfraktur an.

Krankengeschichte:

2. XI. 13. Von Tondern 1½ Uhr nachts mit Auto gebracht, drängt dauernd aus dem Bett, sehr unruhig, sehr widerstrebend, sagt zum Arzt: „Ich bin 3 mal so alt wie Du.“ Erhält 2 Duboisin und 1 Morph., danach keine Beruhigung, erst nach wiederholt 2 D. Beruhigung. Bis zum Morgen geschlafen. Dann sehr unruhig, läuft umher, versucht Bettbretter loszureißen, sieht ratlos aus, kniet sich auf den Boden, guckt unter die Betten, legt sich zeitweise hin, rollt dabei die Matratze zusammen und benutzt sie als Kopfkissen, selbst legt er sich auf den blanken Boden. Antwortet auf Fragen, ist aber nicht zu verstehen, da er nur dänisch spricht. Bei Untersuchung verständnislos, widerstrebend, offenbar keine körperlichen Beschwerden. Auf den Füßen etwas unsicher. Puls klein und schlecht

Somatisch: Größe 1,69 m. Gewicht 81 kg. Temperatur 36,9°. Sehr kräftiger Knochenbau und reichliches Fettpolster.

Schädel anscheinend nicht empfindlich. Keine Verletzungen. Keine Narben. Pupillen sehr weit, rechts weiter wie links, rund. Reflexe auf Licht und Konvergenz fehlen (Duboisin). Gesicht anscheinend symmetrisch innerviert. Lippen borkig, ebenso Zunge. Zunge etwas nach rechts. Tremor nicht deutlich. (Faßt sich plötzlich mit beiden Händen ins Gesicht und tut so, als ob er Schmerzen habe). Sprache anscheinend frei. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht gesteigert. Vasomotorisches Nachröten fehlt. Tut so, als ob er von einer Hand etwas in die andere legt, obgleich die Hände leer sind. Reflexe der oberen Extremitäten nicht auszulösen, sträubt sich. Kniephänomene sehr lebhaft vorhanden. Romberg nicht zu prüfen. Gang etwas unsicher. Puls sehr klein, kaum zu fühlen, ca. 120. Schmerzempfindung lebhaft. Herz: II. Aortenton accentuiert, dumpfe Töne. Lungen nicht zu untersuchen, da widerstrebend und laut. Desgleichen Leib. Urin: Spur Album., kein Zucker.

(Kennen Sie mich?) Ja, gewiß kenn ich Dich.

(Wer bin ich?) Murmelt dänisch vor sich hin.

(Wer ist das?) Sagt auf dänisch etwas von Bruder.

Hält ein Kissen, das ihm gegeben worden ist, krampfhaft unter dem Arm fest. Beim Vorhalten des Spiegels faßt er sich an die Backe, als ob er schlecht rasiert sei. Faßt Arzt an den Arm, um ihm zu bedeuten, die Tür aufzuschließen, drängt dauernd nach der Tür. Spricht dänisch vor sich hin. Aufgefordert, etwas in die Tasche zu stecken, faßt er sich wirklich hin, guckt plötzlich unter den Tisch, nimmt die Kopfrolle vom Boden, setzt sich auf den Stuhl. Als er vom weißen Blatt lesen soll, sagt er: „Ich kann nicht lesen." Auf Nadelstiche lebhafte Reaktion. Als ihm der Schlüssel gegeben wird, besieht er ihn, versucht aber nicht, die Tür damit aufzuschließen. Versucht, seinen Jackenärmel zuzuknöpfen. Beantwortet auf dänisch gestellte Fragen:

(Wo hier?) In Lowenderupp.

(Wer sind die Herren?) Ach hören Sie bitte auf, ich will raus.

(Trinken Sie gern Köm?) Unverständlich, geht nicht darauf ein. Versucht, mit gegebenem Schlüssel, die Tür aufzuschließen, bringt es aber nicht fertig. Herausgelassen, läuft er im Saal umher, ist nicht im Bett zu halten, steht hoch, setzt sich auf die Lehne. Außer Bett wandert er umher, setzt sich auch zeitweise hin. Kommt nachmittags dauernd aus dem Bett heraus, erhält daher festen Anzug, läuft dann in einem fort hin und her, rüttelt immer wieder an den Türen, packt Bettzeug, bleibt bei einzelnen Betten stehen und redet unverständliches Zeug vor sich hin. Puls ziemlich kräftig. Will nicht essen und trinken, erst nachdem mit der Sonde zu füttern versucht wird, trinkt er auf energisches Drängen etwas, läuft dann wieder ruhelos umher, total desorientiert, auch nachts kommt er wieder vom Bette hoch. Mußte trotz $^3/_4$ Veronal noch eine Spritze Duboisin haben.

3. XI. 13. Puls besser, läuft im Saale umher, drängt aus den Türen, zeitlich und örtlich völlig desorientiert, redet vom Lämmerkaufen, will mit, einen Trinken gehen. „Bier“ oder „Grog“, sei ihm gleich. Habe keine Zeit mehr, müsse mit dem Abendzug abreisen. Harmlos, in gewissem Sinne euphorisch.

Abends: (Wie heißen Sie?) Niss J.
(Wo hier?) Dat wet ick nich mal.
(Was denken Sie?) „Ja so Freibesitz hier.
(Wer bin ich?) Ja das weiß ich nicht.
(Was mache ich hier?) Handelt mit viel Pferden.
(Krank?) Nee, nee.
(Wo wollen Sie hin?) Wir wohnen ja in Wantdorf.
(Wo heute gewesen?) Hier, wie diese.
(Sind Sie ausgewesen?) Nee, dat war einer von ihnen.
(Tag?) Weiß ich nicht, das ist all lange her.
(Monat?) Das ist ja jetzt Augustmonat.
(Jahr?) 18--1912.
(Wieviel Kinder?) Das weiß ich nicht, ich muß nach Hause gehen.
(Haben Sie heute einen getrunken?) Ja natürlich.
(Wo?) Weiß ich nicht.

(Sie sind so unruhig). Ja, ich bin unruhig, ich muß ja hierbleiben.

(Haben Sie Geschäfte gemacht heute?) Ja, natürlich, Heu, Hafer, das war alles noch da.

(Weshalb essen Sie so schlecht?) Das weiß ich nicht.

(Schmeckt es nicht?) Nee.

4. XI. 13. Immer noch unruhig, drängt aus den Türen, verkennt Umgebung, redet von Handelsgeschäften, Hafer, Kühen, Lämmern etc. Dabei gewisse euphorische Stimmung, jedenfalls keine Angst.

5. XI. 13. Gleiches Bild unruhigen Umherwanderns mit zeitlich und örtlich völliger Desorientierung. Ist ihm ganz selbstverständlich, daß er sich in Ort und Zeit nicht auskennt. Kennt auch Arzt nicht. Konfabuliert, sobald man sich länger mit ihm unterhält, fängt an von Viehkäufen zu erzählen, weiß nicht, wie lange er hier ist, will fortreisen, drängt nach der Tür. Von seinem Unfall hat er keine Ahnung, will auch nicht ärztlich behandelt, nicht krank gewesen sein, nur „wenn seine Haare mal länger würden, habe er Kopfschmerzen.“ Im ganzen gutmütig euphorisches Wesen und Benehmen. Wegen seiner näselnden platten Sprache mit dänischen Brocken schwer zu verstehen.

Nachtrag zum körperlichen Status:

Schädel nicht klopfempfindlich; mimische Gesichtsbewegungen = Augenbewegungen frei. Pupillen: rechts Spur weiter als links, links etwas entrundet, mittelweit. Reflex auf Licht vorhanden, etwas langsam. Reflex auf Konvergenz vorhanden. Zunge gerade, zittert etwas, nicht belegt. Würgreflex lebhaft vorhanden. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Sprache schmuddelig, artikulatorisch frei. Reflexe der oberen Extremität vorhanden, rechts gleich links. Grobe Kraft ziemlich gut. Tremor manuum deutlich vorhanden. Ataxie nicht sicher zu prüfen. Dynamometer links 70, rechts 80 kg. Kniephänomene vorhanden, etwas lebhaft. Achillessehnenreflex vorhanden. Zehen plantar. Ataxie nicht zu prüfen, versteht Aufforderung nicht. Gang jetzt sicher. Schmerz-

empfindung erhalten. Sensibilität sonst im Detail nicht zu prüfen.

9. XI. 17. Völlig desorientiert, zeitlich und örtlich. Absolut ohne jede Krankheitseinsicht, drängt fortgesetzt aus den Türen, konfabuliert und ergänzt seine Erinnerungslücken der letzten Zeit durch erfundene Geschichten. Habe auch von seiner Frau einen Brief bekommen, in dem diese ihm geschrieben habe, daß sie krank sei und Rheumatismus habe (stimmt nicht). In seinem Wesen gutmütig, behaglich, zeitweilig mit Beimischung eines gewissen Humors.

Sei 1857 geboren und werde jetzt 58 Jahre alt, jetzt ca. 1813 (auf Vorhalt) 1813!

(1857—1813?) Bleibt nach langem Vorhalt dabei, wenn er 1857 geboren sei, sei er jetzt 1813, 58 Jahr. Sei 1877 in Schleswig gewesen.

(Wo hier?) Krankenhaus Kiel.

(Was fehlt den Leuten?) Weiß ich nicht.

Lacht: sei nicht schwachsinnig, rede viel zu viel.

„Kann ich nicht heute frei werden; Donnerwetter, kostet mir das Geld, diese Woche hat mich mindestens 1000 Mark gekostet."

Wisse vom Unfall nichts. Sei mit dem Zuge nach Lügumkloster gefahren, sei dann mit dem elektrischen Pferd (Auto?) hierher gefahren. Kenne nur einen Dr. Hansen in Lügumkloster. Auf Vorhalt, daß Dr. Hansen in Tondern sei, neben ihm aufgewachsen, sei nicht im Krankenhaus in Tondern gewesen. Ist durch keinerlei Vorstellungen zu der Überzeugung, wenigstens der Möglichkeit, zu bringen, daß er im Krankenhaus in Tondern gelegen habe. Das sei Lüge. Auch als ihm die Anamnese des Bruders vorgelesen wird, erklärt er das unter Lachen für Lüge. Bruder sei nie hier gewesen, weiß nicht, wann er hier gewesen ist; wenn er hier gewesen sei, wäre er bei ihm gewesen. Kommt immer wieder darauf zurück, wolle zugeben, daß es möglich sei, daß er krank gewesen sei, wenn er nur loskomme; habe zweimal an seine Frau selbst Telegramme aufgesetzt, der Junge habe sie auf die Post gebracht. Kommt immer wieder darauf zurück, daß er entlassen werden müsse.

Trinke im Winter Kaffeepunsch, im Sommer Bier, manchmal garnichts.

(7 . 19) 63 . . . 130 . . . 91 . . . 36.

(12 + 14 + 19) Nickt, könne nicht kopfrechnen.

(Auf Papier) 45 . . . 40.

Habe Vieh hier gehabt, sei Dienstag 14 Tage hier. Sei hierher gekommen, weil er 16 Stück Vieh hier gehabt habe. So was, wie hier, habe er noch nie gehabt. Meine, Referent sei Doktor, sei der Bruder von einem Bekannten in Tondern.

7. XII. 13. Gibt heute dem Pfleger an, daß es wohl möglich sei, was ihm sein Freund erzählte, daß er wegen Unfalls im Krankenhaus in Tondern lag. Daß er 12 Tage zurück war in der Zählung, käme wohl daher, daß er 12 Tage bewußtlos war und einfach weiter gezählt habe, als er wieder zu sich kam, ohne Ahnung der Zeitdifferenz. Pat. ist stets freundlich, drängt aber immer hinaus. Er will der Frau telegraphieren, meint, ihm fehle garnichts mehr, er fände sich schon allein zurecht in Kiel, man solle ihn nur gehen lassen.

10. XII. 13. Drängt dauernd fort. Hat neulich durch einen Bekannten 2 Telegramme an seine Frau geschickt. er wolle sofort abgeholt werden; gibt an, er müsse Vieh kaufen. Stets guter Stimmung.

(7 . 19) 103 — 133. (12 + 14) 26. (12 + 14 + 19) 45. (8 . 9) 72.

(Wo hier?) Kiel.

(Haus?) Krankenhaus, ist ja wohl Klinik, Nervenklinik.

(Nervenkrank?) Weiß nicht, bin nicht krank.

(Wann hergekommen?) Letzten Oktober.

(Datum?) 10. XII. 1913.

Weiß nicht, wie hergekommen. Vom Baden weiß er nichts, sei im Auto hergekommen, das wisse er.

(Weshalb?) Hatte Vieh hier zu verkaufen, 4 Stück

(?) Der Markt ist ja da achtern.

(Weshalb hergebracht?) Weiß nicht. Weiß noch, daß wir in einer Wirtschaft waren. Ich hatte ja was damals (zeigt auf den Kopf). Hatte wohl zu viel Kümmel bekommen!

Will in Guttemplerverein eintreten. Trunksucht sei in der Familie. Großvater und Vater haben getrunken.

13. XII. 13. Von den Angehörigen abgeholt. Gebessert entlassen.

Epikrise.

Es handelt sich um einen 58jährigen, körperlich gesunden Mann, der sehr stark trinkt und wohl auch erblich belastet ist. Am 17. X. 13 erleidet er durch Sturz von einer Treppe eine Commotion mit Basisfraktur. Das sich jetzt entwickelnde Krankheitsbild ist ein sehr schweres. Schon die initiale Bewußtlosigkeit dauert tagelang. Das sich anschließende delirante Stadium dauert bei Einlieferung des Patienten in die Psychiatrische Klinik zu Kiel noch an; im ganzen erstreckt es sich über 3 Wochen, und der jetzt in den Vordergrund tretende Korsakowsche Symptomenkomplex ist durch absolute Desorientiertheit über Ort und Zeit und durch massenhafte Konfabulationen besonders gekennzeichnet. Die Merkfähigkeit erweist sich als sehr stark herabgesetzt. Die Stimmung ist leicht euphorisch. Die Aufmerksamkeit ist ganz gut. Eine gewisse Unruhe besteht auch jetzt noch, wie sich aus dem ständigen Fortdrängen des Patienten ergibt. Selbstverständlich besteht keine Erinnerung an den Unfall oder die nachfolgende Zeit. Nicht mal die Möglichkeit einer Krankheit wird zugegeben. Krankheitseinsicht besteht nicht. Vom 7. XII. ab ist eine Rückbildung dieser Symptome zu beobachten. Am 10. XII. ist der Patient zeitlich und örtlich richtig orientiert, so daß er am 13. XII. als gebessert entlassen werden kann. Mit Rücksicht auf den starken Alkoholabusus und das Alter des Patienten, sowie auf das schwere Krankheitsbild ist die Prognose quoad sanationem recht ungünstig.

* * *

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Überweisung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Aronsohn: Der Korsakowsche Symptomenkomplex nach Comotio cerebri. Deutsche med. Wochenschrift 1909.

Berger: Trauma und Psychose. Berlin, J. Springer, 1915.

v. Bergmann u. Bruns: Die Chirurgie des Kopfes. Stuttgart 1907. Enke.

Binswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1915. Fischer.

Bonhoeffer: Der Korsakowsche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheiten. Referat. Ztschr. f. Psych. Bd. 61. 1909.

Foelsche: Über das direkte primäre traumatische Irresein. Dissertation, Kiel 1910—11.

Heilbronner: Über Geistesstörungen im unmittelbaren Anschluß an Hirnerschütterung. Münchener med. Wochenschrift, 1905.

Jakob: Experimentelle Untersuchungen über die traumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems. Nissl. Histologische und Histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde. Jena 1913. Fischer.

Kalberlah: Über die akute Commotionspsychose. Archiv f. Psych. und Nervenkrankheiten. Bd. 38.

Kocher: Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten Wien 1901. Hölder.

E. Meyer: Korsakowscher Symptomenkomplex nach Gehirnerschütterung. Neurol. Centralblatt, 1904.

Korsakow: Über eine besondere Form psychischer Störung, kompliziert mit multipler Neuritis. Archiv f. Psych. Bd. 21.

G. Meyer: Ein Beitrag zur Lehre vom Korsakowschen Symptomenkomplex mit besonderer Berücksichtigung seiner traumatischen Ätiologie. Diss. Kiel 1913.

Reichardt: Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 61. 1904.

Schröder: Intoxikationspsychosen. Handbuch der Psychiatrie. Herausg. v. Aschaffenburg. 1912.

Schröder: Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Enke. Stuttgart 1915.

Sommer: Zur Kenntnis der akuten traumatischen Psychose. Monatszeitschr. f. Psych. u. Neurol. Band 22.

Trömmer: Über traumatische (Commotions-) Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Drei Originalien, 1910.

Weber: Über posttraumatische Psychosen. Deutsche med. Wochenschrift, 1905.

Lebenslauf.

Ich, Hubert Julius Lampe, kath. Konfession, bin am 29. April 1891 als Sohn des Kaufmanns August Lampe zu Mettingen in Westf. geboren. Ich besuchte das Königl. Gymnasium Carolinum zu Osnabrück, wo ich Ostern 1909 das Abiturientenexamen bestand. Ich studierte Medizin in Freiburg (3 Semester), Kiel (4 Semester), München (1 Semester), Kiel (2 Semester). Die ärztliche Vorprüfung bestand ich in Kiel, ebenso die ärztliche Prüfung. Von dem praktischen Jahr absolvierte ich 6 Wochen in der Privatklinik von Geh.-Rat Dr. Neuber, Kiel. Darauf erhielt ich im August 1914 die Kriegsapprobation. Am 6. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger beim Ers.-Batl. Inf.-Regt. 31 in Altona ein, wurde Mitte November 1914 Unterarzt beim Ers.-Batl. Landw.-Inf.-Regt. 75 in Hamburg und wurde Anfang Januar 1915 zum Res.-Inf.-Regt. 67 versetzt. Im Mai 1915 wurde ich zum Ass.-Arzt d. Res. und im August 1917 zum Oberarzt d. Res. befördert.